

Niño WIC – Preguntas de Salud y Dieta

1 a 4 años de edad

Nombre de niño/a _____ / / Fecha de Hoy / / Nac. de su niño/a _____ Sexo _____

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar. Si usted no contesta, una selección será hecha para usted por el personal. Esto no le afecta que recibe los beneficios de WIC.

1. a. ¿Es su niño hispano o latino? Sí No
- b. ¿Es su niño árabe? Sí No
- c. Marque (✓) a todas las razas que aplica a su niño:
 Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
 Asiática Blanco
 Negro o Americano-Africano

Favor de contestar las siguientes preguntas. Estas preguntas se hacen para ver si su niño califica para el Programa WIC. Favor de marcar (✓) su respuesta o llenar el blanco. Todas las respuestas son confidenciales.

2. Favor de marcar (✓) para todo lo que sea **verdad** sobre su niño:
 al día en las vacunaciones necesita seguro de salud a menudo enfermizo
 tiene seguro de salud necesita ver a un médico está saludable
 tuvo un chequeo con un medico en los 12 meses anteriores (tratamiento médico) tuvo un chequeo en el Dept. de Salud en los 12 meses anteriores esta tomando el pecho
3. ¿Ha visitado un médico su niño **por el año pasado**? No Sí
Si contesta sí, ¿dónde? (Favor de marcar (✓) para todo lo que sea **verdad**):
 Oficina del Médico (05) Clínica en el Hospital (01)
 Cuarto de Emergencia del Hospital (03) Clínica del Departamento de Salud (02)
 Health Maintenance Organization (HMO) (04) Otro (06) _____
4. ¿Toma su niño algunas medicinas (receta o sin receta)? No Sí 357+
 - a. Si toma, ¿para cuál problema? _____
 - b. Si toma, ¿cuáles medicinas/drogas? _____
 - c. Si toma, ponga si tiene efectos secundarios _____
5. ¿Alguien en su vivienda fuma dentro del hogar? No Sí (CDC)

PREGUNTAS SOBRE DESARROLLO/NUTRICION

6. Si su niño tiene menos de 2 años:
 - a. ¿Fue su peso de nacimiento menor a 5½ libras? No Sí 141+
 - b. ¿Fue su niño diagnosticado como pequeño para la edad gestacional al nacer? No Sí 151+

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o inhabilidad. Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). El USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

7. ¿Cuántas horas de televisión vio su hijo ayer? _____ Horas
(Respuesta para niños de 2 años o más) (CDC)

8. ¿Camina su niño? _____ No _____ Sí ¿Gatea? _____ No _____ Sí

La pregunta siguiente debe ser contestada por la madre biológica solamente:

9. ¿Cuál es la estatura y el peso actual de la madre biológico de este niño? _____ 114 (BMI \geq 30)
Estatura Peso

La pregunta siguiente debe ser contestada por el padre biológico solamente:

10. ¿Cuál es la estatura y el peso actual del padre biológico de este niño? _____ 114 (BMI \geq 30)
Estatura Peso

11. ¿Tiene su niño algún problema con sus dientes que le da dificultad la alimentación? _____ No _____ Sí 381

12. ¿Tiene alguna pregunta o preocupación sobre su niño? _____

PREGUNTAS SOBRE LA DIETA

La salud de su niño:

Describa los bocadillos y comidas de su niño:
(¿cuándo, dónde, con quién?)

¿Cuáles son los alimentos que usted cree que su niño debería consumir más a menudo?

¿Cuál es su opinión respecto del tamaño, forma y crecimiento de su niño?

¿Cuáles actividades le gustan su niño y cómo pasa el tiempo?

¿Cuántas comidas consume su niño la mayoría de los días? _____

¿Cuántos bocadillos consume su niño la mayoría de los días? _____

¿Cuántas veces su niño consume leche la mayoría de los días? _____

¿Cuántas veces su niño consume jugo la mayoría de los días? _____

El apetito de su niño es usualmente: Bueno _____ Regular _____ Pobre _____

¿Se encuentra su niño bajo una dieta especial y que es? _____ 403

¿Cuántas veces por semana su niño se alimenta con comida rápida? _____

¿Su niño consume o bebe algunos de los siguientes alimentos todos los días o casi todos los días?

(marque todos los que correspondan)

1. ___ Leche desnatada, $\frac{1}{2}$ %, 1% o 2% 425 < 24 meses
2. ___ Sustitutos de leche (leche de arroz, leche de soya, crema no láctea, leche condensada endulzada o mezclas caseras) 425
3. ___ Bebidas gaseosas (pop), agua saborizada, bebidas deportivas, té endulzado o agua gelatina 425
4. ___ Comida para bebé o alimentos licuados solamente 425

¿Su niño come o bebe algunos de los siguientes productos? 405

(marque todos los que correspondan)

5. ___ Jugo o leche sin pasteurizar (cruda)
6. ___ Queso blando (como feta, brie, camembert, azul o queso estilo mexicano como queso blanco, queso fresco o Panela a menos que se rotule como hecho con leche pasteurizada)
7. ___ Carne roja, pescado, carne de ave o huevos crudos o con poca cocción
8. ___ Brotes crudos o tofu crudo o con poca cocción
9. ___ Perros calientes, fiambre de cerdo y otras carnes de deli que no se calientan hasta el hervor

¿Su niño (marque todos los que correspondan)

10. ___ Toma biberón? 419
11. ___ Duerme con un biberón? 419
12. ___ Use el biberón durante todo el día, o como chupete? 411, 419, 425
13. ___ Toma cereal o otros alimentos en el biberón? 419
14. ___ Bebe jugo en un biberón? 419
15. ___ Bebe de una taza de entrenamiento durante todo el día? 425
16. ___ Usa un chupete mojado en azúcar, miel o jarabe? 425

¿Su niño (marque todos los que correspondan)

17. ___ Se alimenta con una dieta vegetariana estricta? 402 o 403
18. ___ Se alimenta con una dieta de bajas calorías/para pérdida de peso? 403
19. ___ Regularmente consume elementos no comestibles (cenizas, fibras de alfombra, cigarrillos o colillas de cigarrillos, arcilla, polvillo, goma espuma, trozos de pintura, tierra, almidón para ropa o de maíz)? 421
20. ___ Tiene que comer alimentos que no quiere o no le gustan?
21. ___ Sólo come si lo alimentan con cuchara (el niño nunca se alimenta con cuchara, sus dedos, etc.)? 425
22. ___ Se atraganta con la comida a menudo? 425
23. ___ Toma suplementos de flúor todos los días? 424 (no)
24. ___ Toma suplementos vitamínico o de minerales todos los días? 424 (no)
Qué clase _____
25. ___ Usa remedios de suplementos de hierbas o tés? 423 Qué clase _____

Gracias por completar este cuestionario. Favor de avisar al personal que he terminado.

WIC STAFF USE ONLY

Biochemical Risk - 201	Hct. %	Hgb. gm
12 thru 23 months	<33.0	<11.0
24 thru 59 months	<33.0	<11.1

WIC Anthropometric Risk		Circle assigned codes
<p>103 <u>At risk of becoming underweight.</u> For child <24 months who is at or above the 5th percentile for weight-for-length and at or below the 10th percentile for weight-for-length. or For child ≥ 24 months who is at or above the 5th percentile and at or below the 10th percentile BMI-for-age.</p> <p>104+ <u>High Risk Underweight.</u> For child < 24 months who is below the 5th percentile weight-for-length. or For child ≥ 24 months who is below the 5th percentile BMI-for-age.</p> <p>113+ <u>High Risk Overweight.</u> For child 2 to 5 years of age who is at or above the 95th percentile BMI for age.</p>	<p>114 <u>At risk of becoming overweight.</u> For child ≥ 24 months who is at or above the 85th percentile and below the 95th percentile BMI-for-age. or Child ≥ 12 months whose biological mother or father is obese (BMI ≥ 30) at time of certification. (Self reported by mother or father only.)</p> <p>121 <u>Short Stature.</u> At or below the 10th percentile for length or stature-for-age.</p> <p>135+ <u>Inadequate Growth.</u> Children ≥12 months to 59 months of age whose 1st of two weight-for-age plots is below the 25th percentile and 2nd plot is at a percentile less than the previous plot, then perform calculation to determine if criteria is met for risk code.</p>	<p>135+ Children ≥12 months to 59 (Con't.) months of age whose 1st of two weight-for-age plots is at or above the 25th percentile and the 2nd plot is at a 5 percentile or more drop from the first plot, then perform calculation to determine if criteria is met for risk code.</p> <p>141+ <u>Low Birth Weight and up to 24 Months.</u> Birth weight 2500 grams or less (at or less than 5 lb. 8 oz.).</p> <p>151+ <u>Small for Gestational Age and up to 24 Months.</u> Diagnosed presence of small-for-gestational age.</p>

Referral Codes:

_01 EPSDT	_17 Private Physician	_33 Brstfeeding Peer Support-LLL	_51 Voter Changed Address
_02 Family Planning	_18 Registered Dietitian-WIC	_34 Early On	_52 Voter Registration Declined
_03 Infant Support Services	_19 Registered Dietitian-Non-WIC	_35 Legal Aid	_53 Voter Mailed Form
_04 Maternal Support Services	_20 STD Clinic	_36 Environmental Health	_59 Social Worker
_05 Hearing Screening	_21 Well Child Clinic	_37 Lead Screening	_60 Healthy Start
_06 Vision Screening	_22 Community Mental Health/ Mental Health Services	_38 MI Child	_61 Summer Feeding Program
_07 Public Health Nursing	_23 Healthy Kids (MICH-Care)	_39 Prenatal Enrollment & Coordination Program	_62 Child Support Services
_08 Children's Special Health Care Services	_24 Prenatal Clinic	_40 Imm. Assessment with card	_63 Smoking Cessation
_09 Food Stamps/Cash Out	_25 Head Start	_41 Imm. Assessment-No Card	_64 Project FRESH
_10 Family Independence Agency	_26 CSFP/Focus: HOPE	_42 Imm. Card-No Assessment	_65 Women's Shelter/Resource
_11 Medicaid	_27 Emergency Food Pantry/ Programs & TEFAP	_43 No Imm.Card-No Assessment	_66 Strong Families-Safe Children
_12 Preventive/Protective Services	_28 Non-food Emergency Services	_44 Vaccinated in WIC	_67 Maternity Outpatient Medical Services Program (MOMS)
_13 MSU Extension	_29 Job Training Employment	_45 Immunization Referral-Local Immunization Clinic	_95 _____
_14 Intermediate School District	_30 Migrant Services	_46 Immunization Referral-Doctor	_96 _____
_15 Substance Abuse/Counseling/ Treatment	_31 Parenting Classes	_47 No Immunization Needed	_97 _____
_16 Dental	_32 Lactation Specialist	_50 New Voter Registration	_98 _____
			_99 _____

CPA Notes/Nutrition Education Plan:

CPA Signature _____ Date _____